



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **R+V BKK** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (juergen.kunze@krankenkassennetz.de).

Die **R+V BKK** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Beitrittserklärung

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

Rückantwort

R+V Betriebskrankenkasse
65215 Wiesbaden
oder per Fax: 0611 999 09-152

INTERNE STATISTISCHE DATEN:

Agentur-Nr. (6-stellig):

zusätzl. MA:

Name, Vorname: _____

Unterschrift: _____

Ich möchte Mitglied werden ab _____

Persönliche Angaben Herr Frau

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Falls keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Steueridentifikationsnr.: _____

(Ich erteile meine Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a EStG. Die SteuerID-Nr. kann von der R+V BKK bei den Finanzbehörden angefordert werden.)

Sozialversicherungsausweis bestellen:

Ja (ich habe noch keinen) Nein (bereits vorhanden)

Ich bin Arbeitnehmer/in

Arbeitgeber ist mit mir verwandt/verschwägert bzw. mein/e Lebenspartner/in Ja Nein

Ich beginne eine Ausbildung – ein FSJ/FÖJ – einen Bundesfreiwilligendienst ab: _____

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Arbeitgeber: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____ Tel.: _____ Fax.: _____

Ich bin hauptberuflich selbstständig als:

Einzelunternehmer/in:

Mitunternehmer/in einer Gesellschaft _____

(Name und Rechtsform, z.B. GmbH, OHG)

Ich bin freiwillig versichert als _____

Ich beziehe Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung/habe Rente beantragt seit/ab dem: _____

Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension).

Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit seit dem: _____ ALG I ALG II

Ich bin Student/in an einer Fach-/Hochschule (Bitte Bescheinigung beifügen).

Ich bin Künstler/Publizist (Bitte Bescheid der Künstlersozialkasse beifügen).

Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei

Krankenkasse u. Sitz: _____

Versicherungsbeginn: _____ Versicherungsende: _____

pflichtversichert/freiwillig versichert

familienversichert

privat versichert, als

Beamter Selbstständiger (Bitte Gewerbeabmeldung beifügen)

Sonstiges: _____

Ich war im Ausland versichert (Bitte Nachweise über den Krankenversicherungsschutz beifügen).

WICHTIG: Kündigungsbestätigung bitte beilegen (entfällt bei bisheriger Familienversicherung oder bei bisheriger privater Krankenversicherung).

Mein/e Ehegatte/in u./o. meine Kinder sollen

bei der R+V Betriebskrankenkasse familienversichert werden: Nein Ja

Ich bin damit einverstanden, dass die R+V BKK die erforderlichen Versichertendaten zur Leistungserbringung im Rahmen der Auslandsreise-Krankenversicherung an die R+V Krankenversicherung AG weiterleitet. Sofern ich bei der R+V Krankenversicherung AG eine private Zusatzversicherung abgeschlossen habe, bin ich auch damit einverstanden, dass die R+V BKK die erforderlichen Versichertendaten zum Zwecke der Kostenerstattung an die R+V Krankenversicherung AG weiterleitet. Mein vorstehendes Einverständnis gilt auf Widerruf und kann jederzeit durch mich oder einen schriftlich Bevollmächtigten unter Wahrung der Schriftform widerrufen werden.

Ort/Datum

Unterschrift

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Grundsätzlich beginnt mit der Mitgliedschaft in der Betriebskrankenkasse auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Vorname Name des Mitglieds

KV-Nummer

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

› Ich bin/war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung **›** versichert bei _____ Name der Krankenkasse
 nicht gesetzlich krankenversichert

- › Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet seit _____
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

› Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges: _____

› Beginn der Familienversicherung: _____

› Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr.: _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

› Meine E-Mail-Adresse lautet: _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

GANZ WICHTIG: Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. **Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten / Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.** In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten / Lebenspartners und – sofern der Ehegatte / Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte / Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)		<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am: bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	(Name) _____ (Vorname) _____	(Name) _____ (Vorname) _____	(Name) _____ (Vorname) _____	(Name) _____ (Vorname) _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)	_____	X	X	X

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	_____ EUR (Art der Einkünfte) _____	_____ EUR (Art der Einkünfte) _____	_____ EUR (Art der Einkünfte) _____	_____ EUR (Art der Einkünfte) _____
Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	X	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehrdienst oder gesetzlicher geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	X	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)	_____	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden <u>nur dann</u> benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____	_____
Geburtsland	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Zusätzliche Angaben für Studenten

Ab dem Beginn meiner Mitgliedschaft besteht für mich kein anderweitiger Anspruch auf Versicherungsschutz.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Universität/Hochschule: _____

Erstimmatrikulation:

WS Jahr: _____

SS Jahr: _____

Hochschulzugangsberechtigung erworben am: _____

Fachrichtung bei Beginn der Mitgliedschaft: _____

Studium abgeschlossen:

Ja Nein

Vorher eingeschrieben in der Fachrichtung: _____

Ich bin von der Krankenversicherungspflicht befreit:

Ja Nein

Ich bin von der Pflegeversicherungspflicht befreit:

Ja Nein

Ich übe eine geringfügig entlohnte Beschäftigung aus (*Minijob*):

Ja Nein

Ich stehe in einem Beschäftigungsverhältnis als Werkstudent/in:

Ja Nein

Ich bin selbstständig tätig:

Ja Nein

Ich erhalte bzw. habe eine Rente beantragt:

Ja Nein

Ich erhalte bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt:

Ja Nein

Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften eigene Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge:

Ja Nein

Ich habe Grundwehrdienst bzw. Zivildienst geleistet:

Ja Nein

(Falls ja, bitte Nachweis beifügen!)

Ort

Datum

Unterschrift

R+V BKK
65215 Wiesbaden

oder per Fax an: 0611 99909-77152

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE83ZZZ00000090916

Mandatsreferenz:
Wird separat mitgeteilt

Versichertennummer

SEPA-Lastschriftmandat

Mitglieder

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige die R+V BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der R+V BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname, Name (Kontoinhaber): _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC (8- oder 11-stellig): _____

IBAN (max. 31-stellig): _____

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bei abweichendem Kontoinhaber:

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Dauerstudienbescheinigung

Rückantwort

R+V BKK
65215 Wiesbaden

Sommersemester 20____ / Wintersemester 20____ / 20____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenversicherungsnr.: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

ist für das oben genannte Semester eingeschrieben worden am:

Datum: _____

ist (war) mit dem Ablauf des oben genannten Semesters nicht mehr als Student/in Mitglied dieser Hochschule.

Das Semester endet(e) am: _____

Name der Hochschule: _____

Betriebsnummer: _____

Straße, Hausnummer bzw. Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Ort

Datum

Stempel & Unterschrift

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice R u V Betriebskrankenkasse
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

